



TITLE:

学会抄録 第413回日本泌尿器科学
会北陸地方会(2006年9月3日(日), 於
金沢都ホテル)

AUTHOR(S):

CITATION:

学会抄録 第413回日本泌尿器科学会北陸地方会(2006年9月3日(日), 於
金沢都ホテル). 泌尿器科紀要 2007, 53(3): 199-200

ISSUE DATE:

2007-03

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/71360>

RIGHT:

第413回日本泌尿器科学会北陸地方会

(2006年9月3日(日), 於 金沢都ホテル)

腎門部領域と腎実質の2カ所に同時発生した炎症性筋線維芽細胞性腫瘍の1例: 杉本貴与, 三輪聰太郎, 岩佐陽一, 山本秀和, 菅田敏明 (福井済生会), 全 陽 (金沢大病理) 症例は61歳, 男性. 2006年5月腹痛を認め, 近医受診し, CT 施行したところ, 両側腎腫瘍を疑われ, 当科紹介受診となる. 受診時, 腹痛以外の臨床症状認めず, 採血にて CRP 1.2 とわずかに高値を認めた以外に異常値を認めず, 検尿清明で尿細胞診は class II であった. CT, MRI にて右腎下極に 3 cm 大の hypovascular な腫瘍を認め (左は腎嚢胞のみ), DIP では右腎盂から下腎杯にかけて描出不良であったが, RP では腎盂に欠損像を認めず, 腎尿細胞診も陰性であった. 以上より, 尿細胞診は陰性で, RP にて腎盂に異常所見を認めなかったが, CT, MRI では右腎盂癌の腎実質浸潤を強く疑われ, 悪性腫瘍も否定できず, 2006年6月19日鏡視下右腎尿管全摘術を施行. 病理組織像は腎門部の脂肪組織内と腎上極の実質内に炎症細胞浸潤を背景に, 紡錘型の筋線維芽細胞の増生が見られ, 膠原線維の沈着を伴い, 炎症性筋線維芽細胞性腫瘍と診断. 術後3カ月現在再発転移などを認めていない.

膀胱原発 MALT リンパ腫の1例: 栗林正人, 児玉浩一, 元井 勇 (富山市民), 寺崎 靖 (同内科), 齋藤勝彦 (同病理) 症例は65歳, 女性. 両側水腎症の精査目的に当科紹介となった. 尿沈渣で軽度顕微鏡的血尿および高度の膿尿を認め, 尿培養にて大腸菌が検出された. 尿細胞診は陰性. また, 約 150 ml の残尿を認めた. DIP にて右下部尿管の拡張および左水腎症と左下部尿管での stop sign を認めた. 画像上膀胱以外の病変は認めず, 診断確定のため経尿道的膀胱生検を施行したところ, 膀胱悪性リンパ腫, MALT type と診断された. 放射線治療を 26 Gy/13 Fr 行ったところ, 経尿道的膀胱生検の再検で viable cell は消失していた. 膀胱原発の節外性リンパ腫は稀で, 発症に慢性感染が関与している可能性が高く, 放射線単独療法が第一選択となりうるとする報告が多い. MALT type として報告された膀胱原発悪性リンパ腫は, 本邦4例目と思われる.

Encrusted cystitis の1例: 塚 晴俊, 山内寛喜, 村中幸二 (市立長浜) 症例72歳, 男性. 主訴は肉眼的血尿, 下腹部痛. 当科にて前立腺肥大症, PSA 高値にて精査加療していた. 2005年11月より気管支喘息増悪にてステロイド内服開始となる. 呼吸器科入院中に主訴出現し2006年1月10日当科転科. 膀胱内に内視鏡で石灰化を伴う腫瘍があり, CT では壁肥厚と石灰化を認めた. 尿細胞診 class III, 尿検査 pH 8.5, RBC 多数であった. 尿培養でウレアゼ産生 *Corynebacterium* 陽性. 2月1日膀胱悪性腫瘍または Encrusted cystitis を疑い生検施行, 悪性所見認めず. Encrusted cystitis の治療として経尿道的切除, 抗生剤投与, また尿酸性化のため Solution G 膀胱内灌流を行った. 6カ月間再発は認めていない.

両側精巣を置換した Cystic ectasia of the rete testis の1例: 松下友彦 (長野赤十字上山田), 渡辺正秀 (長野赤十字・病理) 85歳, 男性. 当院内科で肺炎に対する抗菌化学療法中に, 陰嚢腫大と陰嚢皮膚の感染を伴う褥瘡にて当科紹介となった. 陰嚢エコー, MRI では隔壁を有する多房性の嚢胞で, mass および精巣実質は確認されなかった. 血液検査上は汎血球減少と CRP 上昇を認めたが, 精巣腫瘍マーカーは正常範囲内であった. 複合組織型の精巣腫瘍も否定できず, 両側高位精巣摘出術を行った. 病理組織学的には, 精巣上体は保たれ, 嚢胞の部分に扁平な内皮様細胞に覆われた大小の管腔構造を多数認め, 精巣網~精細管に至る高度の拡張と診断された. Cystic ectasia of the rete testis は精細管に続く tubuli recti が合流する精巣網の拡張と定義され, 高齢者にきわめて稀にみられる良性の疾患である. 本症例は, 精巣上体炎などの精巣外病変を有さない症例としては本邦1例目と思われる.

前立腺原発移行上皮癌の1例: 島 崇, 北川育秀, 池田大助, 平野章治 (厚生連高岡), 増田信二 (同病理) 症例は75才, 男性. 2005年11月頃より頻尿が出現し, 12月当科受診した. PSA は 1.2 ng/ml, 尿細胞診疑陽性, 尿中 NMP22 陽性. 尿沈渣にて顕微鏡的血尿を認めた. 尿路上皮腫瘍を疑い, 検索を行ったが, 膀胱鏡で前立腺部尿道に

浮腫状変化を認めた以外, 明らかな病変を認めなかった. 経尿道的膀胱生検でも病理学的に悪性所見を認めなかった. 排尿障害に対して 2006年2月 TUR-P 施行した. 病理結果は移行上皮癌 G2>3 であった. 前立腺原発移行上皮癌と診断し, 膀胱前立腺全摘術を勧めたが拒否され, 後療法として抗癌剤の骨盤内動脈注入療法, 放射線療法 (60 Gy) を施行した. 6月前立腺床に乳頭状腫瘍として再発し, TUR を施行後, 全身化学療法を2コース施行し, NC の状態である. 尿細胞診陽性に他に明らかな尿路上皮腫瘍を認めない場合は, 前立腺原発移行上皮癌を考慮する必要がある.

高カルシウム血症による急性腎不全が多発性骨髄腫によると考えられた骨転移を有する前立腺癌の1例: 渡邊 望, 棚瀬和弥, 高原典幸, 金田大生, 中井正治, 塩山力也, 松田陽介, 青木芳隆, 大山伸幸, 三輪吉司, 横山 修 (福井大), 岸 慎治, 上田孝典 (同血液腫瘍内科) 骨転移を有する前立腺癌症例にて高カルシウム血症と急性腎不全を認めた. 胸椎第5, 7, 8, 11の多発性椎体圧迫骨折を認めたが MRI にて骨転移によるものではなかった. 高カルシウム血症発症前後の骨シンチでは集積に変化はなく, PSA 上昇も著名ではなかったために, 高カルシウム血症の原因は前立腺癌によるものではないと考えた. 血清 IgA, IgG, IgM 減少を認め, 骨髄穿刺, 尿免疫電気泳動にて Bence-Jones 型多発性骨髄腫と診断された. MP 療法 (メルファラン, プレドニゾロン) を開始したところ高カルシウム血症, 急性腎不全は軽快した.

腸閉塞を契機に発見された前立腺癌の1例: 宮富良穂, 風間泰蔵 (済正会富山) 患者は74歳, 男性. 主訴は便秘, 肛門痛. イレウスの診断にて2006年4月26日当院内科に入院. 直腸診では全周性に硬い腫瘍を触知. CEA, CA19-9 はともに正常値. CT では直腸壁の全周性肥厚, 骨盤内リンパ節腫脹, 両側水腎症を認めた. 4月27日内視鏡下経肛門的イレウス管挿入. 肛門から約 15 cm にわたり内腔全体が狭窄. 粘膜面に出血・潰瘍は認めず. 生検では悪性所見を認めず. 5月2日人工肛門造設, 両側腎ろう造設を施行. 腹腔内に少量の腹水あり, 細胞診では腺癌細胞を検出. 横行結腸腹膜垂に低分化型腺癌の結節を認め, PSA 染色陽性であったため前立腺原発と診断. PSA は300で多発性骨転移を認めた. 7月4日前立腺生検を施行. 低~中分化型前立腺癌を検出. 前立腺癌 T4N1M1c と診断し MAB 療法を開始. 開始後1カ月で直腸壁の肥厚は著明に改善し, 8月5日退院.

陰茎絞扼症の1例: 橘 宏典, 森田展代, 宮澤克人, 田中達朗, 鈴木孝治 (金沢医大), 瀬上夏樹 (同歯科口腔科) 症例は57歳, 男性. 主訴は陰茎腫脹, 疼痛. 2005年7月3日10時頃金属製のリングを陰茎に装着した. 16時30分ごろより陰茎の腫脹を認め, 19時過ぎに救急車で他院に搬送されたが抜去困難であり当院紹介となった. 陰茎根部に直径 25 mm, 長さ 30 mm の金属製のリングが装着されており, 陰茎は暗赤色で著明に腫脹していた. 手動的抜去は不可能であり, 歯科口腔科の協力のもと腰椎麻酔下に歯科用ディスクでリングを切断し, 絞扼を解除した. 切断所要時間は約10分で解除直後より陰茎部の腫脹は著明に改善した. 絞扼解除まで約11時間であった. 合併症は認めず軽快した. 若干の文献的考察を加えて報告する.

完全膣脱および完全直腸脱に対する一次的骨盤底再建手術の経験: 新倉 晋, 江川雅之, 三崎俊光 (市立砺波) 症例は80歳, 女性. 不正出血を主訴に当院婦人科受診. 直腸脱および膀胱瘤を認め大腸肛門科および当科受診. POP-Q scale では膀胱瘤 stage III, 陰断端脱 stage IV, 直腸瘤 stage IV を認め, また完全直腸脱も認めた. 本人, 家族と相談結果より根治性の高い仙骨陰断端固定, 直腸固定術, Burch 手術を施行した. 手術時間230分, 出血 260 g であった. 術後2カ月時点での評価では膀胱瘤 stage I, 陰断端脱 stage 0, 直腸瘤 stage 0, で直腸脱は認めず形態的に満足 of the result であった.

High-risk 局所前立腺癌に対する neoadjuvant hormone therapy の重要性: 溝上 敦, 上野 悟, 藤田 博, 四柳智嗣, 金谷二郎, 角野佳史, 小中弘之, 高 栄哲, 並木幹夫 (金沢大), 平野章治 (厚生

連高岡), 川口光平 (公立能登), 西野昭夫 (小松市民), 三原信也 (市立敦賀), 三崎俊光 (市立砺波), 元井 勇 (富山市民), 塚原健治 (福井赤十字), 布施春樹 (舞鶴共済) Even if radical prostatectomy is performed for high-risk localized prostate cancer, five years and 10 years progression free survival is about 60% and 40%, respectively, and it is the current situation that the treatment outcome is poor. We investigated prognosis of 628 patients who took only hormonal therapy for localized prostate cancer until now. When they performed it only by hormonal therapy for high-risk localized prostate cancer, the results were poor as well as prostatectomy. However, we paid attention to the patient who did not recur after therapy in ten years either and investigated retrospectively what kinds of patient were hard to recur. As a result, the five years progression free survival of the patient whose PSA nadir became ≤ 0.2 ng/ml after hormonal therapy was comparatively good. Furthermore, 10 years progression free survival was good when their Gleason score was ≤ 6 , their PSA level was ≤ 20 ng/ml before hormonal therapy, or a period to PSA nadir arrival was less than 6 months after hormonal therapy among those patients. As a result of this statistics, we should first perform hormonal therapy for 6 months for the patient who belonged to high-risk group. Then we recommend prostatectomy, radiotherapy, or continuation of hormonal therapy as for the patient who belongs to a good responder group. However, when the patient belongs to poor responder group, we use hormonal therapy and radiotherapy such as HDR-brachytherapy or IMRT together and should do integrative treatment. In addition, using an ADAM questionnaire, we investigated consciousness with satisfaction of everyday life for 150 normal old men and 49 patients who underwent hormonal therapy and compared the satisfaction. There was no significant difference in total score of an ADM questionnaire. Rather, there was tendency that QOL of patients who underwent hormonal therapy was better than that of 150 normal old men although only sexual bother of 50 years men seemed to be better than patients who underwent hormonal therapy. These data

suggested that hormonal therapy for high-risk localized prostate cancer was very useful when we determined prognostic prediction and treatment plan of the patient.

ホルモン不応性前立腺癌に対する全身化学療法 of 検討—第2報—: 棚瀬和弥, 渡邊 望, 高原典子, 金田大生, 中井正治, 松田陽介, 塩山力也, 伊藤秀明, 青木芳隆, 大山伸幸, 三輪吉司, 秋野裕信, 横山修 (福井大), 藤田知洋, 南後 修 (藤田記念), 齊川茂樹 (さいかわ泌尿器科), 守山典宏 (斎藤病院), 石田泰一 (中村病院), 前川正信 (福井社保), 楠川直也 (公立丹南) ホルモン不応性前立腺癌症例のうち, 前治療としてリン酸エストラムスチン (EMP) の投与歴のある患者13例に対しバクリタキセルとカルボプラチンを用いた全身化学療法を行った. PSA 50%以上低下例は41.7%であり, 自覚症状の改善は33%みられた. 総合治療効果は42%で PR だった. EMP 療法不応例でも有効例が見られた. 有害事象として汎血球減少傾向が強く見られ, 1例で重症感染症による治療死があった. HRPC に対し EMP 内服歴のある患者に対する有効性が示唆された.

当科における前立腺全摘術後の **adjuvant radiotherapy** の臨床的検討: 保田賢司, 明石拓也, 野崎哲夫, 木村仁美, 藤内靖喜, 水野一郎, 永川 修, 布施秀樹 (富山大) 【目的】前立腺全摘術後に補助療法を施行した症例について retrospective に検討を行った. 【対象と方法】症例は36例で, 再発率やその予測因子について log-rank test, Univariate logistic regression analysis などを用いて検討した. pT3・pT4 症例については補助療法施行例と未施行例の PSA 再発についても検討を加えた. 【結果】放射線単独で治療したのは, 18例でその他の18例はホルモン療法も同時に施行されていた. 36例中 PSA 再発をきたしたのは6例, 16.7%であった. pT3・pT4 症例では補助療法施行群の再発率が有意に低値であった. 【考察】切除断端陽性症例に対する術後補助放射線療法は, 前立腺癌の再発率を低下させる可能性があることが示唆された.